

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, 6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 1423. Maddesine ve 28.10.2007 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik'e istinaden aydınlatma/bilgilendirme yükümlüğünün yerine getirilmesi amacı ile hazırlanmıştır.

A. SİGORTACI'YA İLİŞKİN BİLGİLER

SİGORTA ŞİRKETİ	BUPA ACIBADEM SİGORTA A.Ş.
ADRES	Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No: 20 34750 Ataşehir - İstanbul
TELEFON / FAKS NO	(0216) 571 55 55 - (0216) 571 55 56
SATIŞ KANALI	
TEKNİK PERSONEL ADI - SOYADI	
ADRES	
TELEFON NO / FAKS NO	() - ()
LEVHA KAYIT NO	

B. UYARILAR

- Seçilen Sigorta Sözleşmesi/Sözleşmeleri hakkında daha ayrıntılı bilgi almak için, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Sigortacı tarafından hazırlanan Poliçe Özel Şartları'nda yer alan hususları dikkatlice okuyunuz. Ürünlerimiz ve Anlaşmalı kurumlarımız ile ilgili daha detaylı bilgiye satış kanalınız aracılığı ile veya www.bupaacibadem.com.tr adresi üzerinden ulaşabilirsiniz.
- Sigortacı'nın sorumluluğu, sigorta sözleşmesinin kurulmuş olması halinde, sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde, peşinatın ödenmesi halinde başlar.
- İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
- Sigorta ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/ kararlaştırılan prim ödeme vadeleri kesin vade niteliğindedir. Sigorta Ettiren, kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uygulanır. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.
- Sigortalandıktan sonra www.sencard.com.tr adresinde yer alan websen bölümünü tıklayarak, T.C. Kimlik numaranız ve sisteme kayıtlı cep telefonunuz aracılığıyla şifre alabilir, poliçe bilgilerinizi görüntüleyebilir, tazminat detaylarını inceleyebilir, kişisel bilgilerinizi güncelleyebilir, hatta medikal tetkik sonuçlarınızı da online olarak takip etmeye başlayabilirsiniz.
- Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın, poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak cayma talebinde bulunması halinde, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması durumunda, ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettiren'e iade edilir.
- Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı isteği üzerine poliçe başlangıç tarihinde itibaren ilk 30 günden sonra iptal edilmesi durumunda; Acil tıbbi durumlar teminatına ilişkin prim iade tutarı, poliçenin geçerli olduğu gün sayısının toplam sigortalılık süresine oranı esas alınarak hesaplanır. Poliçe geçerlilik süresi içerisinde ödenen toplam tazminat tutarı, gün esasına göre hesaplanmış brüt primin %65'ine eşit veya küçük ise, ödenmiş toplam primden gün esaslı hesaplanan prim tutarı düşülerek kalan tutar Sigorta Ettiren'e ödenir. Toplam tazminat tutarının, gün esaslı hesaplanan brüt prim tutarının, gün esaslı hesaplanan brüt prim tutarının 65%'ni aşması durumunda ise, poliçenin iptali sonucunda prim iadesi yapılmaz. Seçimli ek teminatlarda prim iade tutarı; Sigortalılık süresince ilgili ek teminatına ilişkin herhangi bir tazminat ödenmesi yapılmış ise prim iadesi yapılmaz. Seans limiti olan seçimli teminatlar için Sigortacı tarafından anlaşmalı kuruma paket ödeme yapılır. Bu nedenle sigortalı tarafından seans sayısının tamamlanmaması durumunda da, Sigortacı prim tutarı düşülerek, kalan tutar Sigorta Ettiren'e iade edilir. Sözleşmenin iptal edilmesi durumunda Sigortalı, sigortalı kalınan döneme ilişkin, geriye dönük tazminat talebinde bulunamaz.
- Sigorta sözleşmesinin kurulması halinde, sözleşme kapsamında sigortalanacak kişilerden sağlık beyanı alınmamakta ve risk değerlendirmesi yapılmamaktadır. Ancak sigortalanmadan önce teşhisi konulmuş olsun yada olmasın, poliçe başlangıç tarihinden önce var olan, hastalık ve maluliyetler ile ilgili giderler teminat kapsamı dışındadır.

C. GENEL BİLGİLER

Sigorta sözleşmesinin kurulması halinde, Poliçe Özel Şartlarında tanımlanan, Akut Atın, Akut Solunum Problemleri, Akut Masif Kanama, Kan Kaybı, Ani Şuur Kaybı, Ani Felçler (Serebrovasküler Olay), Ciddi Alerji, Anafaktik Tablolar, Ciddi Göz Yaralanması, Ciddi İş kazaları ve Uzuv Lopması, Diabetik ve Üremik Koma, Donma, Soğuk

Çarpması, Elektrik Çarpması, Hayvan Isırıkları, Kurşunlanma, Bıçaklanma, Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi, Miyokart İnfarküstü (MI), Aritmi, Hiper Tansiyon Krizleri, Migren veya Kusma, Şuur Kaybıyla Beraber olan Baş Ağrıları, Renal Kolik, Suda Boğulma, Solunum ve Sindirim Sistemine Yabancı Cisim Kaçması, Tecavüz, Tüm Vücut Kırıkları, Tüm Eklem Çıkıkları, Trafik Kazası ve Tramvaya Bağlı Yaralanmalar, Yanık, Yüksek Ateş, Yüksekten Düşme Sonucu Yaralanma, Zehirlenme ile ilgili acil tıbbi durumlar teminat kapsamında değerlendirilir.

Ayrıca seçilmesi halinde aşağıdaki teminatları içermektedir:

CHECK-UP TEMİNATI

Sigortalı Aday No	<input type="checkbox"/> MR Paneli 1	<input type="checkbox"/> CU Panel 1	<input type="checkbox"/> CU Panel 3	<input type="checkbox"/> CU Panel 5
	<input type="checkbox"/> MR Paneli 2	<input type="checkbox"/> CU Panel 2	<input type="checkbox"/> CU Panel 4	<input type="checkbox"/> CU Panel 6

GÖZ (LASİK) TEMİNATI

Sigortalı Aday No	<input type="checkbox"/> İstiyorum	<input type="checkbox"/> İstemiyorum
-------------------	------------------------------------	--------------------------------------

DIŞ TEMİNATI

Sigortalı Aday No	<input type="checkbox"/> Diş Sağlığı	<input type="checkbox"/> İstiyorum	<input type="checkbox"/> İstemiyorum
	<input type="checkbox"/> Diş Beyazlatma	<input type="checkbox"/> İstiyorum	<input type="checkbox"/> İstemiyorum
	<input type="checkbox"/> senCard Dental Tedavi Paketi	<input type="checkbox"/> İstiyorum	<input type="checkbox"/> İstemiyorum
	<input type="checkbox"/> senCard Dental Check-Up Paket	<input type="checkbox"/> İstiyorum	<input type="checkbox"/> İstemiyorum
	<input type="checkbox"/> senCard Dental Wellness Paketi	<input type="checkbox"/> İstiyorum	<input type="checkbox"/> İstemiyorum
	<input type="checkbox"/> senCard Dental Estetik Paketi	<input type="checkbox"/> İstiyorum	<input type="checkbox"/> İstemiyorum

ESTETİK TEMİNATI

Sigortalı Aday No	<input type="checkbox"/> Botoks	<input type="checkbox"/> Yüz	<input type="checkbox"/> El	<input type="checkbox"/> Koltuk Altı
	<input type="checkbox"/> Dolgu (2 Adet)			
	<input type="checkbox"/> Diyetisyen	<input type="checkbox"/> 6 görüşme	<input type="checkbox"/> 8 görüşme	

KOZMETİK TEMİNATI

Sigortalı Aday No	<input type="checkbox"/> Rinoplasti (Burun Estetiği)	<input type="checkbox"/> İstiyorum	<input type="checkbox"/> İstemiyorum
-------------------	--	------------------------------------	--------------------------------------

Teminat dışı haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Sigortacı tarafından hazırlanan Poliçe Özel Şartlarına bakınız.

Sigortacı, yenileme dönemlerinde teminatları, teminat limitlerini ve teminatlara bağlı baz primleri belirleyebilir.

D. RİSK KABUL VE PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

1. Bu ürün kapsamında sigortalanacak kişilere Yenileme Güvencesi (YG) verilmemektedir.
2. Bu sigorta ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden. 18-64 yaş aralığındaki kişiler ile ebeveynlerinden en az biri ile sigortalanmak kaydı ile 18 yaşından küçük çocuklar sigortalanabilmektedir. Sigortanın süresi, 1 yıldır ve poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır.
3. Bu ürün kapsamında sigortalanacak kişiler için, başka bir sigorta şirketinden geçiş alınmamakta ve kazanılmış haklar korunmamaktadır.
4. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte işbu formda adres ve telefonları yer alan senCard Hizmet Merkezi'ne başvuruda bulununuz.

E. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

1. Anlaşmalı Kuruma başvurulması durumunda, Sigortacı tedavi masraflarına yönelik ödemeyi, Poliçe Genel ve Özel Şartları ile Poliçe ekinde yer alan Teminat Tablosu ve Anlaşmalı Kurum ile yapılan sözleşme çerçevesinde doğrudan Anlaşmalı Kuruma yapacaktır.
2. Poliçe Özel Şartlarında tanımlanan acil tıbbi durumlarda (isteğe bağlı seçimli teminatlar hariç) Anlaşmasız bir kuruma başvurulması durumunda ise, tedavi masrafları öncelikle Sigortalı tarafından ödenecektir. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde Sigortacı'ya ulaşmasından itibaren tazminat talebiniz, azami beş gün içinde, değerlendirilir ve Özel ve Genel Şartları kapsamında olan tazminat talepleri Poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilen limit, ve oranlar dahilinde Sigortacı tarafından uygun bulunması halinde ödenir. İsteğe bağlı seçimli teminatlarda anlaşmasız kurum kapsam dışıdır.

3. Yatarak teminat kapsamında, teminat altına alınan sağlık giderleri için, sağlık kurumlarında yatış süresi, yaşam boyu 720 gün, 1 (bir) yıllık sigorta süresi içinde 180 gündür. Normal oda yatışları 1 (bir) gün, yoğun bakım yatışı ise 2 (iki) gün üzerinden hesaplanarak, toplam sağlık kurumunda yatış süresinden düşülür. Sigorta süresi içinde 180 gün ve yaşam boyu 720 gün limitinin üzerindeki sağlık kurumunda yatışlarla ilgili yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilen tüm giderler kapsam dışıdır

F. VERGİ UYGULAMASI

Sağlık Sigortası için ödenen primler vergiye esas matrahtan düşülebilir. Bu konuda lütfen Sigortacı'nıza danışınız.

G. TAHKİM SİSTEMİNE ÜYELİK

Sigortacı ; Tahkim Sistemine Üye Tahkim Sistemine Üye Değil

H. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleriniz ve şikayetleriniz için aşağıda yazılı adres, e-posta ve telefonlarımızı arayarak Sigortacı'ya ulaşabilirsiniz. Bilgi talepleriniz ve şikayetlerinizin Sigortacı'ya ulaşmasından itibaren en geç 15 gün içinde (Sigortacı tarafından gerekli görülmesi halinde araştırma sürecinin sonlandığı tarihten itibaren başlayacaktır) tarafımıza verdiğiniz iletişim bilgileri bu bilgilerin verilmemiş olması halinde ise Sigortacı tarafından bilinen en son iletişim bilgileriniz kullanılarak cevap verilecektir.

Şirketiniz tarafından, SMS, telefon, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek bilgilendirme ve pazarlama mesajlarının tarafıma gönderilmesini kabul ederim.

İLETİŞİM BİLGİLERİ

ADRES	Sencard Hizmet Merkezi Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No: 20 34750 Ataşehir - İstanbul
TELEFON NO	444 9 555
FAKS NO	(0216) 571 55 56
E-POSTA	mim@sencard.com.tr

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, Tarih	İmza
__ / __ / ____	<input type="text"/>	__ / __ / ____	<input type="text"/>